

**FORMULARIO DE MODIFICACIÓN DE PRESUPUESTO DE NY FORWARD POR COVID**

Proveedores que desean agregar y/o retirar artículos en una solicitud de subvención aprobada de Incentivo Único de Expansión para la Reapertura/Reestructuración y/o Asistencia Operativa Temporal de Cuidado Infantil de Nueva York Hacia Adelante (*New York Forward*) lo pueden hacer usando este formulario. Se proveen dos tablas: una para agregar gastos y otra para retirar gastos ya aprobados (si corresponde a la solicitud).

Una vez que la solicitud de la notificación se reciba y revise, un miembro del personal de la Oficina de Servicios para Niños y Familias (OCFS) contactará al individuo listado abajo. Si tiene preguntas o preocupaciones, por favor llame a la OCFS al **(518) 486-6247**.

**Consejos de envío: SI ESTÁ COMPLETANDO ESTE FORMULARIO EN PAPEL, USE TINTA NEGRA**

- El costo total de todos los cambios indicados abajo no puede exceder el monto total de la subvención.
- Envíe la solicitud debidamente completada por correo electrónico a: [OCFS.sm.CARES2LR@ocfs.ny.gov](mailto:OCFS.sm.CARES2LR@ocfs.ny.gov)
- La página 3 de este formulario incluye una atestación que debe firmarse para procesar el formulario.

Nombre del programa: \_\_\_\_\_ ID del establecimiento/# de permiso/NYC: \_\_\_\_\_

Contacto principal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Enumere abajo los gastos individuales que se agregarán a una solicitud de subvención aprobada.**

Para subvenciones de Asistencia Operativa Temporal, agrupe todos los gastos de aulas o salones de clase.

Decisión de OCFS A completarse por OCFS		Enumere por separado gastos que se agregarán ( + )	Cantidad	Costo	Tipo de subvención	Reapertura/Reestructuración Seleccione el propósito abajo.	
1	<input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Negado				Reapertura/Reestructuración Operativa temporal Asistencia; # de Aulas: ____	Distanciamien-to social Número de niños atendidos:	<input type="checkbox"/> Limpieza <input type="checkbox"/> PPE
2	<input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Negado				Reapertura/Reestructuración Operativa temporal Asistencia; # de Aulas: ____	Distanciamien-to social Número de niños atendidos:	<input type="checkbox"/> Limpieza <input type="checkbox"/> PPE
3	<input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Negado				Reapertura/Reestructuración Operativa temporal Asistencia; # de Aulas: ____	Distanciamien-to social Número de niños atendidos:	<input type="checkbox"/> Limpieza <input type="checkbox"/> PPE

4	<input type="checkbox"/> Aprobado	<input type="checkbox"/> Negado				Reapertura/Reestructuración Operativa temporal Asistencia; # de Aulas:___	Distanciamien-to social Número de niños atendidos:	<input type="checkbox"/> Limpieza	<input type="checkbox"/> PPE
5	<input type="checkbox"/> Aprobado	<input type="checkbox"/> Negado				Reapertura/Reestructuración Operativa temporal Asistencia; # de Aulas:___	Distanciamien-to social Número de niños atendidos:	<input type="checkbox"/> Limpieza	<input type="checkbox"/> PPE
6	<input type="checkbox"/> Aprobado	<input type="checkbox"/> Negado				Reapertura/Reestructuración Operativa temporal Asistencia; # de Aulas:___	Distanciamien-to social Número de niños atendidos:	<input type="checkbox"/> Limpieza	<input type="checkbox"/> PPE
7	<input type="checkbox"/> Aprobado	<input type="checkbox"/> Negado				Reapertura/Reestructuración Operativa temporal Asistencia; # de Aulas:___	Distanciamien-to social Número de niños atendidos:	<input type="checkbox"/> Limpieza	<input type="checkbox"/> PPE

**Enumere abajo los gastos individuales que se retirarán de una solicitud de subvención aprobada.**

Para subvenciones de Asistencia Operativa Temporal, agrupe todos los gastos de aulas o salones de clase.

Decisión de OCFS A completarse por OCFS		Enumere por separado gastos que se retirarán ( - )	Cantidad	Costo	Tipo de subvención	Reapertura/Reestructuración Seleccione el propósito abajo.		
1	<input type="checkbox"/> Aprobado	<input type="checkbox"/> Negado			Reapertura/Reestructuración Operativa temporal Asistencia; # de Aulas:___	Distanciamien-to social Número de niños atendidos:	<input type="checkbox"/> Limpieza	<input type="checkbox"/> PPE
2	<input type="checkbox"/> Aprobado	<input type="checkbox"/> Negado			Reapertura/Reestructuración Operativa temporal Asistencia; # de Aulas:___	Distanciamien-to social Número de niños atendidos:	<input type="checkbox"/> Limpieza	<input type="checkbox"/> PPE
3	<input type="checkbox"/> Aprobado	<input type="checkbox"/> Negado			Reapertura/Reestructuración Operativa temporal Asistencia; # de Aulas:___	Distanciamien-to social Número de niños atendidos:	<input type="checkbox"/> Limpieza	<input type="checkbox"/> PPE
4	<input type="checkbox"/> Aprobado	<input type="checkbox"/> Negado			Reapertura/Reestructuración Operativa temporal Asistencia; # de Aulas:___	Distanciamien-to social Número de niños atendidos:	<input type="checkbox"/> Limpieza	<input type="checkbox"/> PPE
5	<input type="checkbox"/> Aprobado	<input type="checkbox"/> Negado			Reapertura/Reestructuración Operativa temporal Asistencia; # de Aulas:___	Distanciamien-to social Número de niños atendidos:	<input type="checkbox"/> Limpieza	<input type="checkbox"/> PPE

6	<input type="checkbox"/> Aprobado	<input type="checkbox"/> Negado				Reapertura/Reestructuración Operativa temporal Asistencia; # de Aulas: ____	Distanciamien-to social Número de niños atendidos:	<input type="checkbox"/> Limpieza	<input type="checkbox"/> PPE
7	<input type="checkbox"/> Aprobado	<input type="checkbox"/> Negado				Reapertura/Reestructuración Operativa temporal Asistencia; # de Aulas: ____	Distanciamien-to social Número de niños atendidos:	<input type="checkbox"/> Limpieza	<input type="checkbox"/> PPE

Total de gastos agregados (+)	Total de gastos retirados (-)
\$ 0.00	\$ 0.00

**Atestación:**

Al firmar este documento, yo doy fe de lo siguiente:

- Estoy de acuerdo que mi programa seguirá todas las regulaciones de OCFS y las directrices del Departamento de Salud del Estado de Nueva York (DOH) y las del Departamento de Salud e Higiene Mental de la Ciudad de Nueva York (NYC DOHMH), según corresponda.
- Tengo la intención de que mi programa esté en funcionamiento hasta el 31 de diciembre de 2020. Entiendo que es posible que deba devolver una cantidad prorrateada de los fondos si esto no ocurre.
- Usaré los fondos para los fines permitidos según se especifica en la subvención o según lo aprobado por la OCFS, y no para otros fines.
- Informaré a la OCFS semanalmente, según lo solicite la agencia, el número de niños bajo cuidado por grupo de edad.
- Entiendo que, independientemente de mi elegibilidad, la Solicitud de Asistencia Operativa Temporal del Incentivo Único de Expansión de Cuidado Infantil de New York Hacia Adelante (*New York Forward*) depende de la disponibilidad de fondos para respaldarla.
- Entiendo que se trata de un proceso de reembolso y que los recibos deben enviarse a mi agencia local de recursos y referencias de cuidado infantil para recibir el reembolso de los gastos aprobados, a menos que mi organización haya sido aprobada para un anticipo de los fondos de la subvención de Asistencia Operativa Temporal.
- Certifico que la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta a mi leal saber y entender, y que no he ocultado información relevante.

**Por la presente solicito que la modificación de presupuesto, como se describe en este formulario, se haga al/a los presupuesto(s) aprobado(s) de la subvención del INCENTIVO ÚNICO DE EXPANSIÓN PARA LA REAPERTURA/REESTRUCTURACIÓN Y/O ASISTENCIA OPERATIVA TEMPORAL DE CUIDADO INFANTIL DE NUEVA YORK HACIA ADELANTE (NEW YORK FORWARD) en los archivos de la Oficina de Servicios para Niños y Familias.**

Firma del individuo autorizado para garantizar por la organización:	Fecha:
Nombre en letra de imprenta:	Función en el programa: